

被保険者・被扶養者
療養費支給申請書（はり・きゅう用）

神栄健康保険組合 御中 提出日： 2021 年 12 月 27 日

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	29 - 9999	勤務する 事業所名称	神栄株式会社 本社							
	被保険者氏名	神栄 次郎		生年月日	1990 年 6 月 5 日						
	被保険者の住所	神戸市中央区●●1丁目2番地3号					電話	078 (123) 4567			
	被扶養者に関する 申請の場合	被扶養者 氏 名	神栄 花子		生年 月 日	1993 年 7 月 8 日		続 柄	妻		
	傷 病 名	腰痛症		発病又は 負傷年月日	2021 年 12 月 26 日						
	発症または負傷の 原因・経過	大掃除に重い荷物を持ち、その後から痛み出した									
	第三者行為による ものですか	はい いいえ	はいの場合 届出の有無	有 無	加 加	出来るだけ詳しくご記入ください					
は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期 間	自：	年	月	日	実日数	請求区分		
		年								新規・継続	
		傷病名								帰	
		初検料								療・中止・転医	
		施 術 料	はり きゅう								要
			はり・きゅう併用			円×	回＝		円		
			電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具			円×	回＝		円		
			往 診 料 4 km まで			円×	回＝		円		
			往 療 料 4 km 超			円×	回＝		円		
		施術報告書交付料（前回支給： 年 月 分）			円×	回＝		円			
		合 計						円			
		施術日 通院○／往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							
		施 術 証 明 欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。			保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				
	年 月 日			所在地							
免許登録番号	はり 師		施術所名								
同 意 記 録	免許登録番号	きゅう 師		施術者名 電話 ()							
	同意医師の氏名	住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間			
委 任 状 ※退職者は記入不要		本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 2021 年 12 月 27 日 被保険者氏名 神栄 次郎									
振 込 先 情 報	振込希望の 金融機関 退職者・任意継続者 のみ記入	金融機関名称			支 店 名						
		口 座 番 号	普通 ・ 当座		フ リ ガ ナ						
			No.		口 座 名 義						

- <記入上の注意>
- ① 申請書は、暦日単位ごとに作成ください。
 - ② 領収書の原本を必ず添付ください。その際、必ず宛名を記載してもらってください。
 - ③ 初めてかかったときの請求の場合、「医師の同意書」（原本）を添付ください。継続して施術を受ける場合は6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。
 - ④ 傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため健康保険組合への請求はできません。